

**Fachgebiet:** Gynäkologie und Geburtshilfe  
**Diagnose:** Uterus myomatosus (ICD-10: D25.9)  
**Titel:** Komplikationen bei der laparoskopischen Hysterektomie und fehlende Aufklärung über andere Operationsmethoden  
**Autor:** Prof. Dr. Drs. h. c. Werner Schmidt  
**Verfahren:** 395/07 - Stand der Veröffentlichung: 19.04.2013

## Der Fall

Die zum Zeitpunkt der Operation 48jährige Patientin wurde von ihrer betreuenden Gynäkologin mit der Diagnose: Uterus myomatosus, Zustand nach Konisation, bekannte „Endometrioseherde in der Blase“ zur totalen laparoskopischen Hysterektomie in Verbindung mit einer intraoperativen Zystoskopie stationär eingewiesen, außerdem bestand ein Zustand nach Sectio caesarea vor mehreren Jahren.

Erwähnenswert erscheint, dass vor einigen Jahren wegen Endometrioseherden am Blasenurothel diese zystoskopisch entfernt bzw. koaguliert worden waren. Dem OP-Bericht ist zu entnehmen, dass bei der laparoskopisch assistierten, vaginalen Hysterektomie gerade im retro-vesikalen Zervixbereich bei der Abpräparation mit dem Stilltupfer die bipolare Koagulation Verwendung fand, die Operationsdauer betrug 1 Stunde 30 Minuten.

Intraoperativ sowie postoperativ waren keine Auffälligkeiten feststellbar, keine wesentlichen Blutungen, lediglich im rechten Uterinabereich waren Umstechungsligatur und zusätzliche Bikoagulationen notwendig.

Die Entlassung der Patientin erfolgte am 6. postoperativen Tag bei unauffälligen Befunden. Eine Woche nach der stationären Entlassung wurde daraufhin in der gynäkologischen Praxis eine Vesiko-Vaginal-Fistel festgestellt. Es folgte ein konservativer Behandlungsversuch - Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters unter antibiotischer Abschirmung und Zuwarten über mehrere Wochen - und nach weiteren 3 Monaten die Durchführung einer Re-Laparotomie mit Revision und Exzision der Vesiko-Vaginal-Fistel und Deckung des Harnblasendefektes durch sogenannte „Peritoneal-Patches“.

## Die Einwände der Patientin

Die Patientin moniert, dass sie nicht über alternative Behandlungs- und Operationsmöglichkeiten zur vorzunehmenden laparoskopisch assistierten vaginalen Hysterektomie informiert worden sei. Sie vermutet, dass bei der laparoskopisch durchgeführten Hysterektomie ein Behandlungsfehler aufgetreten sei, der zur Ausbildung einer Harnblasen-Scheiden-Fistel geführt habe mit Nachfolgebehandlungen und chirurgischer Revision und Beseitigung der Harnblasen-Scheiden-Fistel durch den Urologen. Sie gibt weiter an, dass sie nach der durchgeführten laparoskopischen Hysterektomie unter massivsten Problemen gelitten hätte mit Harninkontinenz und ständig unkontrolliertem Urinverlust durch die Scheide über mehr als 3 Monate.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses hat den Autor dieses Fallbeispiels mit der medizinischen Überprüfung beauftragt, ob ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorliegt.

## Die Begutachtung

Im vorliegenden Falle sind weder die Indikation zur Hysterektomie noch die Vorgehensweise - nämlich laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie - zu beanstanden. Lediglich die

Aufklärung der Patientin zum Eingriff bzgl. des operativen Verfahrens wird als nicht ausreichend bewertet, da sich die Aufklärung zur Operation ausschließlich auf die laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie bezogen hatte. Die Vorgeschichte der Patientin - intravesikale Endometrioseherde mit urologischer Behandlung, Zustand nach Sectio caesarea bei normalgroßem Uterus myomatosus und begleitende Stressharninkontinenz I. Grades etc. - hätte auch die Möglichkeit einer konventionellen, abdominalen Hysterektomie (evtl. vaginale Hysterektomie unter laparoskopischer Kontrolle) sinnvoll erscheinen lassen.

Gerade durch die Verwendung der Bikoagulations-Technik zur Blutstillung beim endoskopischen Operieren und der Abpräparation der Harnblase im vesiko-zervikalen Übergang erhöht sich – unter Berücksichtigung der Vorgeschichte - das Risiko für z.B. Harnblasenverletzungen gegenüber dem konventionellen Zugang (z.B. abdominale Hysterektomie) und direkter Sichtkontrolle der vorgenommenen Präparationsschritte in Beziehung zu den Nachbarorganen an der Zervix uteri.

Diese Hinweise auf alternative Operationsverfahren sind bei der Aufklärung der Patientin nicht erfolgt. Die Behandlung der nach ca. 1 Woche nach der Entlassung aus der stationären Behandlung aufgetretenen Vesiko-Vaginal-Fistel wird gutachterlicherseits nicht beanstandet.

### **Die zusammenfassende Wertung des Gutachters**

Aus gutachterlicher Sicht wird lediglich die fokussierte Aufklärung der Patientin zur geplanten LAVH (laparoskopischen Hysterektomie) beanstandet. Aufgrund der Vorgeschichte der Patientin - Zustand nach Konisation wg. Ca in situ der Zervix, Zustand nach Sectio caesarea und Zustand nach intravesikaler Entfernung von Endometrioseherden urologischerseits - wäre bei der präoperativen Aufklärung die Hinweise auf alternative Operationszugangswege, z.B. vaginale/abdominale Chirurgie (Operation unter makroskopischer direkter Sicht) sinnvoll gewesen. In Kenntnis der Inzidenzraten für Komplikationen bei der operativen Laparoskopie je nach Schweregrad des Eingriffes zwischen 0,34 und 13,3 % (Gruber und Mitarbeiter, Der Gynäkologe 2005) sollten Aufklärungen auch weniger komplikationsträchtige Operationsverfahren beinhalten.

Es kann vermutet werden, dass bei entsprechender, breiterer Aufklärung der Patientin zur vaginalen bzw. abdominalen Chirurgie und zur laparoskopisch assistierten vaginalen Hysterektomie von der Patientin am ehesten der endoskopisch durchgeführte Eingriff preferiert worden wäre (allgemein kürzerer Krankenhausaufenthalt, kürzere Beeinträchtigung nach der Operation und schonenderes „Operationsverfahren“ im Vergleich zur konventionellen Technik); gerade deshalb ist die Dokumentation einer ausführlichen Aufklärung über die Operationsmöglichkeiten in solchen Fällen sehr sinnvoll.

### **Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses**

Die Beteiligten haben der medizinischen Begutachtung durch den Sachverständigen nicht widersprochen. Ohne weitere Überprüfung durch die Mitglieder des Schlichtungsausschusses wurde das Verfahren mit Einverständnis der Beteiligten beendet.

### **Literaturangaben des Gutachters**

I.V. Gruber und Mitarbeiter: Komplikationen der gynäkologischen Endoskopie, Der Gynäkologe 2005, S. 992-998.